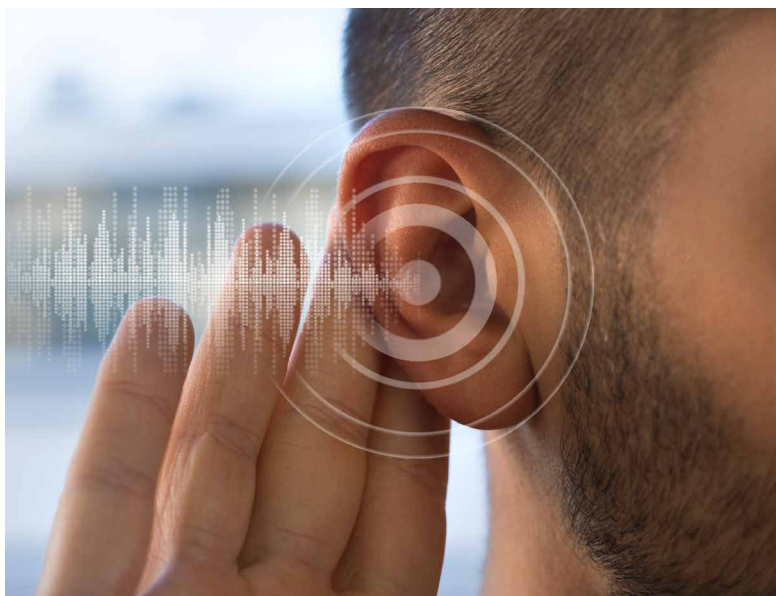


Silvia Danková, Mária Zamboriová

Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu





Silvia Danková, Mária Zamboriová

Edukační a komunikační proces u pacientů s poruchami sluchu

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

PhDr. Silvia Danková, PhD., dipl. s.,

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

**EDUKAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ PROCES U PACIENTŮ
S PORUCHAMI SLUCHU**

Recenze: prof. PhDr. Anna Murgová, PhD.,

doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA, mim. prof.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství
Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2024

Cover Photo © depositphotos.com, 2024

Fotodokumentace z vlastních zdrojů PhDr. Silvia Danková, PhD., dipl. s.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9148. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 80 + 4 strany barevné přílohy

1. vydání, Praha 2024

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Autorky a nakladatelství děkují MUDr. Rastislavu Roškovi, MBA, Praktik Praha s.r.o., Prvního pluku 140/4, Praha 8 – Karlín, za finanční podporu, která umožnila vydání této knihy.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-7162-0 (ePub)

ISBN 978-80-271-7161-3 (pdf)

ISBN 978-80-271-5136-3 (print)

Obsah

Předmluva	7
Úvod	8
1 Charakteristika pojmů a kategorií zdraví a zdravotně postižení pacienti	9
1.1 Klasifikace zdravotních postižení	13
2 Edukace, komunikace a rehabilitace zdravotně postižených	18
2.1 Dělení edukace ve zdravotní péči u zdravotně postižených	19
2.2 Faktory a zásady ovlivňující edukaci zdravotně postižených	21
2.3 Edukační proces zdravotně postižených	22
2.4 Edukace sluchově postižených	25
2.5 Návrhy edukačních setkání sluchově postižených	29
2.6 Verbální komunikace se zdravotně postiženými	36
2.7 Rehabilitace zdravotně postižených	42
2.8 Služby a svépomocné organizace poskytující pomoc zdravotně postiženým pacientům	45
2.9 Osobní asistence pro zdravotně postižené	46
Závěr	48
Literatura	50
Seznam zkratek	57
Přílohy	58
1 Občanská sdružení neslyšících pro osoby s poruchou sluchu na Slovensku	58
2 České organizace a portály	61
3 Zahraniční organizace a portály	62

Medailonky autorek	63
Rejstřík	64
Souhrn	66
Summary	67

Předmluva

Zdravotní postižení často přináší pacientům utrpení a potíže. Jejich dopady jsou patrné v každé oblasti života. Vyrovnání se, resp. přijetí zdravotního postižení představuje jeden z nejnáročnějších úkolů zdravotně postiženého. Jednou ze skupin zdravotně postižených jsou sluchově postižení, kterým se budeme v textu dále věnovat.

Monografii předkládáme odborné i laické veřejnosti. Čtenáři v ní najdou odborné poznatky, které zahrnují charakteristiku pojmů a kategorií zdraví a zdravotní postižení, klasifikaci zdravotních postižení, edukační proces u sluchově postižených pacientů, faktory a zásady ovlivňující edukaci zdravotně postižených, návrhy edukačních programů a plány pro sluchově postižené, materiály s edukačním programem, zásady komunikace se sluchově postiženými, charakteristiku jednotlivých skupin komunikačního systému a ošetrovatelskou rehabilitaci zdravotně postižených.

Věříme, že informace v této odborné monografii budou nápomocné nejen zdravotnickým pracovníkům, ale i studentům se zdravotnickým zaměřením, pacientům se sluchovým postižením, jejich příbuzným i širokému okolí a umožní všem lepší orientaci v této problematice.

Autorky

Úvod

V současnosti je kladen velký důraz na dobrý psychický a fyzický stav lidí. I nepatrné odchylky od „normálu“ jsou pro okolí viditelné, což mnohdy velmi negativně ovlivňuje postiženého jedince a přináší problémy v různých oblastech života.

Každé postižení nesporně zasahuje do života člověka a ovlivňuje nejen samotného postiženého, ale i jeho příbuzné, přičemž v konečném důsledku má velký dopad i na společnost.

V podstatě lze říci, že zdravotní postižení (disabilita) je těžká, trvalá porucha významné funkce. Jde často o tak závažnou poruchu životně důležitých funkcí, která v interakci s aktuálním životním prostředím může vést k významnému společenskému znevýhodnění při participaci na společenském životě, až k úplnému společenskému vyloučení – exkluzi (v minulosti se tato situace označovala jako hendikep) (Matulník, 2014, s. 5). V současnosti používáme pojem zdravotní postižení, nikoli hendikep.

Problematika sluchově postižených je aktuální a je nutné se jí věnovat. Jedná se především o prevenci, diagnostiku, komunikaci, edukaci, reedukaci, kompenzaci, rehabilitaci, psychoprofylaxi a ošetrovatelskou péči v této oblasti.

Každá sestra by se měla kvalifikovat a vyjadřovat v přesných a nezaměnitelných pojmech (Jakubík, 2012, s. 13), proto musí disponovat aktuálními poznatky a znalostmi z ošetrovatelství.

Na dnešní ošetrovatelskou péči je kladen velký důraz, proto se zdravotnický personál v naší zemi musí neustále kontinuálně vzdělávat.

Edukace představuje důležitou součást všech ošetrovatelských činností (Hulková, 2016, s. 29).

Vzdělání a komunikace jsou pro sluchově postižené lidi nejkritičtějšími oblastmi (Klas, 2017, s. 29).

V předloženém edukačním materiálu chceme sestřám přiblížit problematiku sluchově postižených a umožnit jim lepší orientaci v této oblasti. Úkolem každé sestry je být nápomocnou nejen zdravotně postiženým pacientům, ale všem pacientům v terapeutickém procesu, který je skutečně velmi náročný ať už ze strany zdravotnických pracovníků, ale i ze strany pacientů.

1 Charakteristika pojmů a kategorií zdraví a zdravotně postižení pacienti

Pojem „zdraví“ je základní kategorií medicíny a ošetrovatelství (Petr, Marková, 2014, s. 17–18).

Koncept zdraví představený Joyce Travelbee v monografii *Interpersonal Aspects of Nursing*, poprvé vydané roku 1966 a podruhé roku 1971, interpretovaly také autorky Janice A. Thibodeau (1983), Ann Marriner-Tomey, Martha Raile Alligood (in Košková [2006] a Basavanthappa [2007]) jako kritéria subjektivního a objektivního vnímání. Stav subjektivního pocitu zdraví u člověka je stav pohody podle vnitřního hodnocení psychického emocionálního a duševního stavu.

Objektivní zdraví je nepřítomnost rozpoznatelného onemocnění, hendikepu, poruchy měřitelné při fyzikálním vyšetření, laboratorním testu, hodnocení odborníkem (lékařem, psychologem, knězem, rabínem) (Thibodeau, 1983; Marriner-Tomey, Alligood, 2002; Jakubíková, Košková, 2006; McKenna et al., 2014).

Ochrana našeho zdraví i zdraví naší rodiny se stala prioritou (Kristiánová, 2020, s. 7). O dobrý zdravotní stav bychom se měli snažit všichni (Lawton, 2020, s. 14). Podpora zdraví a prevence různých onemocnění je velmi důležitým elementem vyhovujícím požadavkům současného světa.

Podpora zdraví je individuální průběh péče o sebe, který dává možnost každému zkvalitnit péči o svůj organismus. Někdy se pacienti dostanou k lékaři nebo do nemocnice pozdě, když jejich problémy dosáhnou takového stupně, že to má drastický vliv na jejich život (Praško, 2014, s. 43).

Každý člověk někdy v životě zažije přechod ze stavu zdraví do nemoci (Stasková, Tóthová, 2015, s. 114). Nemoc narušuje rovnováhu organismu, proto se v současnosti preferuje podpora a ochrana zdraví jako vlastní aktivita, kterou by sestra měla umět podpořit hlavně educační činnostmi.

Podle WHO má první klasifikace zdravotního postižení (1980) – trojdimenzionální koncepce – tři úrovně. Jsou to vada, porucha, defekt (*impairment*), postižení (*disability*), znevýhodnění (*handicap*). Hlavní pozornost věnuje následkům nemocí. Modifikací původní klasifikace – Mezinárodní klasifikace poruch, aktivit a participace – je IC IDH-2 (In-

ternational Classification of Impairments, Activities and Participation). Její zaměření směřuje k podpoře osob se zdravotním postižením ve společenském a pracovním životě (Orgonášová, Palát, 2011, s. 4).

V nové Mezinárodní klasifikaci funkční schopnosti, disability a zdraví – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF, 2001) – se popisují poruchy zdraví, komponenty a faktory zdraví, výchova a práce. Opírá se o poznatky, které jsou důležité pro podporu a udržení zdraví i v období nemoci. Termín „funkce“ (*functioning*) je zastřešující termín pro stav somatických funkcí, aktivit a účasti. Termín „disabilita“ zahrnuje tělesné, smyslové, mentální, psychické postižení, omezení funkcí chorobným stavem a restrikcí možné účasti na pracovním a společenském životě postiženého jedince. Charakterizuje faktory prostředí a jejich vliv na stav zdraví člověka (Orgonášová, Palát, 2011, s. 4).

V roce 2007 na základě ICF schválila WHO dokument se zaměřením na specifika dětí a mladistvých do 18 let pod názvem Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví pro děti a mladistvé (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth) (Orgonášová, Záhorcová, 2012, s. 7).

Spolu s vývojem postoje společnosti k lidem s postižením se vyvíjel i pojmový aparát dosud publikovaných klasifikací. Revizi mnoha pojmenování můžeme vidět v různých částech (obsah, názvy) klasifikací. Stává se, že si tato pojmenování v každodenní komunikaci lidé zaměňují (např. porucha, zdravotní postižení, hendikep), ačkoli jsou jejich definice specifikovány. Pojem hendikep byl pro svou nejasnost a negativní vnímání později nahrazen pojmem omezená participace. Tato participace je závislá na faktorech prostředí, které mohou být podporující – facilitující, nebo naopak omezující – bariérové (Orgonášová, Záhorcová, 2012, s. 7).

Namísto pojmu disabilita se doporučuje používání neutrálního termínu aktivita. Zdravotní postižení je nadřazený termín pro poruchu, omezení aktivity a participace. Pojmenovává negativní aspekty interakce mezi jedincem a environmentálními faktory. Porucha je chyba nebo abnormalita v tělesné struktuře nebo funkci jakožto významná deviace nebo ztráta (Bóriková, 2015, s. 4 in MKF, 2003, s. 10, 149–151).

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti při posuzování postižení a zdraví přispívá k objektivnímu posuzování stavu člověka a ná-

sledně také k vytvoření vhodnějších podmínek k efektivnější inkluzi, včetně uplatnění se v pracovním životě.

Na prvním místě MKF je posoudit zdravotní stav jedince na různých úrovních společenských aktivit, ať už možnosti uplatnění se a účasti na společenském životě, nebo v osobním životě.

U MKF je na zdravotní stav jedince a stavy související se zdravím aplikován soubor kódů, které zahrnují dvě části klasifikace. Přitom maximální počet kódů na osobu může být 34 na jednočíslicové úrovni (8 tělesných funkcí, 8 tělesných struktur, 9 výkonnostních a 9 kapacitních kódů). Podobně u dvouúrovňových jednotek je celkový počet kódů 362. U podrobnějších úrovní dosahuje počet kódů 1424 jednotek. Při praktické aplikaci MKF soubor 3 až 18 kódů je přiměřený k popsání případu s dvouúrovňovou (tříčíslicovou) přesností. Obecně se podrobnější čtyřúrovňová verze používá při specializovaných službách (např. výsledky rehabilitace, geriatric), přičemž dvouúrovňová klasifikace se používá pro přehledy a vyhodnocení klinických výsledků (Orgonášová, Palát, 2011, s. 19).

Výsledky posuzování podle MKF se zaznamenávají formou alfanumerických kódů, přičemž před čísla se dávají písmena, která označují příslušné posuzované komponenty. Písmeno „b“ označuje tělesné funkce, „s“ tělesné struktury, „d“ aktivity a účast a „e“ faktory prostředí. Za těmito písmeny pak následuje příslušný číselný kód z jednotlivých komponent. Popisy zdraví formou alfanumerických kódů prezentují komplexní stav posuzovaného v daném momentě (jako u fotografického snímku). Každého jedince se obvykle týká několik alfanumerických kódů z různých komponent. Kromě základních alfanumerických kódů se musí za příslušným kódem vždy uvést i tzv. kvalifikátor, který označuje závažnost problému. Takové komplexní zhodnocení aktuálního stavu pacienta z hlediska biologického, tedy medicínského, i z hlediska psychického a také z pohledu možných aktivit (tj. schopnosti realizovat každodenní činnosti – soběstačnost, nezávislost, možnou výtěžnou činnost, možné společenské aktivity), z hlediska potřeby úpravy životního prostředí, potřeby zdravotnických nebo jiných kompenzačních pomůcek nebo sociálních dávek je rozhodující pro řešení problémů osob se zdravotním postižením. Opakované použití kódování podle MKF umožňuje stanovit průběh jistého časového úseku, efekt rehabilitace i jiný vývoj pozorované skutečnosti (Orgonášová, 2014, s. 10–11).

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví představuje ve své podstatě základní kámen pro posuzování chronicky nemocného a zdravotně postiženého jedince s přihlédnutím k aktuální klinické diagnóze. Umožňuje zaregistrovat změny funkce při trvajícím onemocnění a aktuální možnosti jeho začlenění do společenského a pracovního prostředí s přihlédnutím ke spektru možných pracovních a společenských aktivit a na ekosystém příslušného jedince, charakterizovaný environmentálními faktory, jak je definuje a rozvádí uvedená klasifikace (Orgonášová, Palát, 2011, s. 36).

Systém edukace v MKF uvádí, že problematika přenosu informací je základem výchovného procesu a představuje závažnou oblast při výchově ve zdravotnictví a v oblasti sociálních služeb. Jedná se o specifické otázky, které mají dva rozměry:

- **Výchova odborných pracovníků** – lékařů, zdravotnických pracovníků všech povolání, psychologů, sociálních pracovníků, speciálních a léčebných pedagogů a pracovníků dalších kategorií, kteří realizují zdravotnické programy a účastní se procesu diagnostiky, terapie a rehabilitace. MKF přináší významné informace důležité pro celé spektrum zdravotnických pracovníků. Nejde jen o odbornou podstatu a náplň jednotlivých klasifikačních dějů, ale především o realizaci posouzení aktuálního stavu chronicky nemocného nebo zdravotně postiženého jedince s přihlédnutím k obsahové náplni kvalifikátorů.
- **Výchova chronicky nemocných a zdravotně postižených pacientů** z aspektu reality přítomného chronického onemocnění, event. zdravotního postižení, jeho dalšího vývoje, rizik, která ohrožují tyto lidi, a předpokládané prognózy v dlouhodobém časovém horizontu. Zdravotně postižený pacient se musí naučit žít se svým onemocněním, event. postižením. Tento postoj vyžaduje dostatek informací ze strany lékaře, zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který se účastní dlouhodobého diagnosticko-léčebně-rehabilitačního procesu. Výchova pacienta v oblasti vlastních postojů k jeho onemocnění nebo postižení představuje zvláštní proces, důležitý pro celý jeho život už i proto, že tímto způsobem se zasahuje do kvality jeho života. Informovaný pacient se ztotožňuje s dlouhodobým procesem orientovaným na jeho zdravotní stav s cílem umožnění participace na společenských pracovních aktivitách ve spolupráci s týmem odborníků. Programovaná výchova umožňuje vytvoření modelu, kdy tým odborných pracovníků spolu

s pacientem využívá všech možností optimálního přístupu při řešení složitých životních situací (Orgonášová, Palát, 2011, s. 40–41).

Využití MKF je důležité v oblasti přenosu informací, v oblasti výchovných přístupů jak u odborných pracovníků, zúčastněných na celém procesu, tak u pacientů, u kterých tento proces představuje optimální volbu pro jejich životní běh, kvalitu života, možnosti společensky a pracovní se angažovat. Znalost jejich ekosystému, znalosti o jednotlivých environmentálních faktorech, včetně moderních technologií a služeb, představují moderní komplexní přístup v dlouhodobé péči o zdravotně postižené.

Důležitým faktorem jsou i dohody a normy vládních organizací domácí a mezinárodní provenience, které vytvářejí politický systém – tento systém řídí a reguluje možnosti, věnuje legislativní pozornost jednotlivým programům a dalším procesům v oblasti společenských struktur (Orgonášová, Palát, 2011, s. 40–41).

Mezinárodní klasifikace se neustále vyvíjejí, a proto je úkolem odborníků v kterékoli oblasti pravidelně monitorovat aktuální evropskou legislativu a doporučení.

1.1 Klasifikace zdravotních postižení

Existují různé klasifikace poruch sluchu podle řady kritérií hodnocení a zároveň i různé pohledy na poruchu sluchu a osoby s poruchou sluchu (Tarcsiová, 2008, s. 25).

V souvislosti s etiologií poruch sluchu je podle Davidsona et al. (1989 in Jakubíková a kol., 2006) nevhodnější následující **klasifikace**:

- dědičné (genetické)
- prenatální
- perinatální
- postnatální
- kraniofaciální abnormality
- jiné a neznámé (Tarcsiová, 2008, s. 26)

Postižení jsou vrozená a získaná. Vrozená vznikají na základě poruch vývoje zárodka, zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Nejčastěji se vyskytující je genetický přenos autosomálně recesivní (u 80 %),

vzácněji autosomálně dominantní nebo vázaný na X chromozom (1 %) a mitochondriální (< 1 %) (Kabátová, 2007, s. 39).

Získaná postižení vznikají buď úrazem, nebo různými nemocemi (Šustrová, 2012, s. 6).

Vrozené vady ucha se dělí v souladu s anatomickým členěním na vrozené vady vnějšího, středního a vnitřního ucha a vzájemné kombinace (Doležal, Sičák, 2018, s. 63).

Klasifikace se mění podle záměru, kterému slouží. V medicíně se prováděly a provádějí klasifikace především podle daného patologického stavu sluchového analyzátoru (Uherík, 2013, s. 33).

Klasifikace sluchových postižení se může opírat o několik kritérií (tab. 1), jimiž jsou hlavně doba vzniku vady (poruchy), intenzita sluchové ztráty a také typ konkrétní poruchy vázaný zpravidla právě k poškození určité části sluchového ústrojí (Slowik, 2007, s. 74–75).

Tab. 1 Klasifikace sluchového postižení podle různých kritérií

Klasifikace sluchového postižení	
podle typu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ převodní poruchy (poruchy vnějšího a středního ucha – jedinec špatně slyší, jedná se o kvantitativní postižení sluchu) ▪ percepční porucha (poruchy vnitřního ucha a CNS – jedinec špatně rozumí, jde o kvalitativní postižení sluchu) ▪ smíšené poruchy
podle stupně (intenzity) sluchové ztráty	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nedoslýchaví <ul style="list-style-type: none"> • lehká (26–40 dB) • střední (41–55 dB) • středně těžká (56–70 dB) • těžká (71–91 dB) ▪ neslyšící ▪ hlouší
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vrozené postižení ▪ získané postižení (prelingvální nebo postlingvální sluchová ztráta)

(Kabátová, 2007, s. 38)

Podle typu

- **senzorieurální (percepční)** – je způsobena poruchou v percepčním systému nebo ve sluchové dráze; audiometricky je charakterizována

rovnoměrným zvýšením prahu vzdušného i kostního vedení, přičemž rozdíl mezi prahem vzdušného a kostního vedení není na jednotlivých frekvencích větší než 5–10 dB (Kabátová, 2007, s. 38–40)

- **převodní** – patologie se nachází ve vnějším zvukovodu nebo ve středním uchu, vnitřní ucho je funkční; může být vrozená nebo získaná; získaná převodní porucha sluchu vzniká při neprůchodnosti zevního zvukovodu, z důvodu obturačního cerumen, zánětů a nádorů zevního zvukovodu, cizích těles v zevním zvukovodu, příčinou může být také stenóza zevního zvukovodu, hyperostózy a exostózy, insuficience sluchové trubice (podtlak ve středním uchu) při přítomnosti tekutiny ve středním uchu, transudát, hnis, krev aj. (Kabátová, 2007, s. 38–40)
- **smíšená** – vzniká při současném poškození převodní a percepční části sluchového orgánu; audiometricky je charakterizována zvýšeným prahem kostního vedení a ještě vyšším prahem vzdušného vedení, přičemž rozdíl mezi zmíněnými prahy je více než 10 dB; setkáváme se s ní poměrně často při otoskleróze (ložiska otospongiozní kosti vznikající v oblasti kochley) a chronických zánětech středního ucha, kdy toxiny poškozují vláskové buňky kochley (Kabátová, 2007, s. 38–40)

Podle stupně (intenzity) sluchové ztráty

Obvykle lze rozlišovat několik úrovní poruchy sluchu. O normálním sluchu se mluví tehdy, pokud při vyšetření tónovou audiometrií naměříme na všech měřených frekvencích (250–6 000 Hz) práh sluchu (vzdušného i kostního vedení) menší než 25 dB. Další důležitou hranici při vyšetření prahu sluchu je úroveň 40 dB, která je považována za hranici tzv. sociálního sluchu. Má-li nemocný práh slyšení mezi 26–40 dB, má lehkou poruchu sluchu, které si při chronickém průběhu velmi často ani nevšimne. Takový pacient nemá žádné komunikační problémy. Ti, kteří mají práh sluchu zejména na řečových frekvencích (500–2000 Hz) vyšší než 40 dB, mají problémy při dorozumívání se, hlasitěji si pouštějí rádio, televizor. U nich je třeba poruchu sluchu léčit buď operačně (u pacientů s převodní a smíšenou poruchou sluchu, pokud je práh sluchu pro kostní vedení nižší než 40 dB), nebo pomocí naslouchátka (u pacientů s percepční poruchou sluchu nebo kombinovanou poruchou sluchu, pokud je práh pro kostní vedení vyšší než 40 dB). Nedoslýchaví se středně těžkou poruchou sluchu mají práh sluchu mezi 56–70 dB, mají problém i při běžné konverzaci a zejména

při rozhovoru v hlučném prostředí. Pacient, který má těžkou poruchu sluchu (průměrný práh sluchu 71–91 dB), slyší řeč jen při velmi hlasitém mluvení těsně u ucha. O hluchotě se mluví tehdy, je-li práh sluchu na řečových frekvencích vyšší než 91 dB. Neslyšícímu s hluchotou většinou už nepomáhá zlepšit porozumění řeči ani naslouchací aparát. Tehdy je třeba při oboustranné hluchotě zvážit kochleární implantaci, kdy se do spánkové kosti vloží implantát (Kabátová, 2007, s. 39).

Definování postižení podle typu a stupně sluchového postižení má svůj význam při seznámení se s charakteristikami převodní nedoslýchavosti, percepční nedoslýchavosti, kombinované nedoslýchavosti a hluchoty. Současně považujeme za nutné zdůraznit časové hledisko vzniku sluchového postižení (prelingvální a postlingvální sluchové postižení), které má relevantní dopad na vývoj řeči u osob se sluchovým postižením. Neméně důležitá v oblasti definování sluchového postižení je bližší specifikace z hlediska výběru preferovaných komunikačních forem nedoslýchavé osoby, osoby neslyšící, ohluchlé či osoby s kochleárním implantátem (Lopúchová, Šmehilová, Juhásová, 2015, s. 26–27).

Jelikož děti s vrozeným postižením jsou často mimo domácí prostředí (ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích, centrech), působí to na jejich vývoj negativně. Pečující personál by měl zákonnému zástupci dítěte nabídnout možnost hospitalizace s dítětem. Pokud není možné rodinného příslušníka hospitalizovat, měl by se zdravotnický personál pokusit to nahradit citlivým přístupem k dítěti, a tím spolu s dítětem bojovat proti hospitalismu. Sestra by se měla snažit o mateřský přístup. Nejdůležitější je zbavovat dítě během celého pobytu v nemocnici strachu (Muknšnáblová, 2014, s. 92).

Rodiče chtějí dokázat, že jejich dítě bude nejlepší bez ohledu na jeho skutečné možnosti. Chtějí ukázat světu, že je schopné dosáhnout vynikajících výsledků, které jsou srovnatelné s ostatními. Dítě bývá přetěžováno a nadměrně stimulováno. Nerealné nároky i nerealistická hodnocení možností dítěte často vedou k neurotizaci jak dítěte, tak rodičů. Opakem je zanedbávaná výchova, kdy rodiče nevěnují pozornost potřebám dítěte. Nejhorším průvodním jevem tohoto výchovného stylu je citová deprivace, která může ovlivnit kvalitu celého života (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 51–52).

Rodiče s postiženým dítětem obtížné situace určitě nezvládnou sami, proto potřebují pomoc od odborníků. Při plánování i realizování ošetřovatelské péče spolupracují např. s klinickým psychologem, sociálním pracovníkem nebo fyzioterapeutem. Pedagogičtí pracovníci

z multidisciplinárního týmu pomáhají rodičům najít způsob metodického vedení a výchovného působení na jejich dítě (Muknašnáblová, 2014, s. 67–92).

Zdravotní postižení získaná v produktivním a postproduktivním věku nepříjemně komplikují život. Někteří se s nimi smíří, jiní je neumí přijmout, je to komplikovaný děj. Nejhůře snášena jsou viditelná postižení. Problémy dospělého zdravotně postiženého mohou být spojeny s mnoha patologickými stavy (např. uzavírání se do sebe, neurotické problémy) (Šustrová, 2012, s. 6). Tyto stavy zneprůjemňují každodenní život i rodinným příslušníkům postiženého, nejen pacientovi.

Zdravotním postižením je myšleno mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, poruchy řeči a dále také vývojové poruchy učení nebo chování a autismus (Vališová, Kasíková, 2011, s. 387). V současnosti platí a používá se Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, která komplexně klasifikuje funkční schopnosti, poskytuje rozličné perspektivy, jak a do jaké míry můžeme u zdravotně postiženého optimalizovat jeho schopnost zůstat činným v práci a žít v komunitě plným životem. Plné znění poslední verze klasifikace MKF je v současnosti k dispozici a vytváří základnu, která vychází ze čtyř rovin: tělesných nebo somatických funkcí, tělesných struktur, aktivit a participace postiženého jedince na těchto aktivitách a z roviny environmentálních faktorů, které zasahují do oblasti zdraví (Orgonášová, Palát, 2011, s. 7–13).

2 Edukace, komunikace a rehabilitace zdravotně postižených

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních institucí, profesionálů a neformálního prostředí. Je to kontinuální systémový proces. Edukace vytváří prostor pro osvojení si nových poznatků, nabytí dovedností, vytváření hodnotových, postojevých, emocionálních, volných struktur osobnosti a dosažení pozitivní změny chování (Závodná, 2005, s. 85).

Oblast speciální pedagogiky se věnuje jedincům s různými postiženími se zdravotními znevýhodněními. Snahou pedagogů je tak jejich začlenění mezi běžnou populaci a posílení jejich individuality v závislosti na prostředí, ve kterém se vyskytují (Beneš, 2019, s. 7).

Edukace zdravotně postižených a jejich blízkých je nástrojem k zajištění jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodnout (Závodná, 2005, s. 83). Edukace je jedním z nejdůležitějších a velmi náročných úkolů ošetrovatelství (Magurová, Majerníková, 2009, s. 48).

V nemocnici se na edukaci zdravotně postižených podílí celá řada pracovníků. Tito pracovníci vykonávají edukační činnost v rámci poskytování odborných zdravotnických výkonů. Je důležité koordinovat jejich aktivity. Edukaci zdravotně postižených chápeme v nejširším pojetí jako proces výchovy a vzdělávání (Závodná, 2005, s. 83).

Vzdělávání je proces získávání a rozvoje znalostí, dovedností a praktických dovedností (Svěráková, 2012, s. 25). Všeobecným cílem společnosti je vzdělání zdravotně postižených (Skalková, 2007, s. 27). Pro účinnou edukaci se vypracovávají:

- **edukační standardy** – obsahují zaměření edukace, míru závaznosti, cíle edukace, kritéria edukace, způsob hodnocení a metodiku kontroly standardu
- **edukační materiály** – jsou dostupné nebo je třeba je připravit; jedná se o verbální a obrazové komponenty (Závodná, 2005, s. 84)

Edukace v oblasti zdraví se provádí v edukačním procesu. V procesu poskytování zdravotní péče, při podpoře zdraví, prevenci nemocí, diagnostice, léčbě a ošetrování pracují lékaři metodou diagnostického

a terapeutického procesu a sestry metodou ošetrovateľského procesu a metodou edukačného procesu (Závodná, 2005, s. 84).

Edukace a výchova ke zdraví tvoří nedílnou součást práce sester. Podporují pozitivní a odstraňují negativní aspekty ze života člověka. Sestry ji realizují díky fázím edukačného procesu již během studia a později i při vykonávání profese (Magurová, Majerníková, 2009, s. 29).

Zjednodušeně řečeno, obecným cílem výchovy a vzdělávání je příprava dětí, mládeže i dospělých zdravotně postižených na život a práci v současnosti i budoucnosti (Turek, 2014, s. 41).

Zkušenosti ukazují, že ačkoli zaměření cílů poradenských zařízení je součástí politiky státu, ne vždy jsou odborní zaměstnanci seznámeni s jejími požadavky, které je třeba naplňovat. V mnoha případech absenuje přímé propojení práce pedagogických a odborných zaměstnanců s prací zdravotníků, zejména sester (Pinčáková, Ustohalová, 2014, s. 5).

Neoficiální důkazy naznačují, že většina učebních osnov zdravotnických škol neposkytuje formální vzdělávání ohledně komunikačních potřeb sluchově postižených pacientů. Chybí také možnosti dalšího vzdělávání týkajícího se sluchově postižených pacientů s naslouchátky pro udržení licence pro ošetrovateľství (Kemker, Sumrall, Marx, 2013, s. 1).

Poznatky získané studiem a individuální edukací pomáhají zdravotně postiženým řešit existenční otázky, nacházet nové hodnotové systémy, novou filozofii života, zvyšují jejich sociální aktivitu. Mají i preventivní charakter – uvědomělý zdravotně postižený jedinec spolupracuje při léčbě, aktivně pečuje o své zdraví, což má pozitivní dopad na sebezpečí a nezávislost. Edukaci je třeba orientovat i na rodinné příslušníky, zdravotnické pracovníky, žáky a studenty středních zdravotnických škol a vysokých škol se zaměřením na ošetrovateľství.

2.1 Dělení edukace ve zdravotní péči u zdravotně postižených

Edukace je velmi důležitým aspektem ošetrovateľské praxe. Představuje významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce či skupiny (Závodná, 2005, s. 85).